



**FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA**

## **GRADO EN MEDICINA**

### **TRABAJO FIN DE GRADO**

**UN ANÁLISIS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL  
SERVICIO DE URGENCIAS POR CEFALEA**

**AN ANALYSIS OF PATIENTS WHO ATTEND EMERGENCY  
DEPARTMENT DUE TO HEADACHE**

**Autora:** Ángela Fierro Alonso

**Director:** Dr. Julio Pascual Gómez

**Codirector:** Dr. Gonzalo Pérez Rojí

**Santander, Junio 2020**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>6</b>
CLASIFICACIÓN DE LAS CEFALEAS .....	6
<i>CEFALEAS PRIMARIAS.....</i>	<i>6</i>
Migraña.....	6
Cefalea tensional .....	8
Cefaleas trigémino-autonómicas.....	8
Otras cefaleas .....	8
<i>CEFALEAS SECUNDARIAS.....</i>	<i>9</i>
<i>NEURALGIAS CRANEALES Y ALGIAS FACIALES.....</i>	<i>10</i>
CEFALEA EN URGENCIAS .....	11
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>14</b>
DISEÑO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	14
RECOGIDA DE INFORMACIÓN .....	14
DEFINICIONES DE LAS VARIABLES .....	14
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>18</b>
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS GENERALES .....	18
DIAGNÓSTICOS.....	18
<i>CEFALEAS PRIMARIAS.....</i>	<i>19</i>
<i>CEFALEAS SECUNDARIAS.....</i>	<i>21</i>
ANTECEDENTES PERSONALES DE CEFALEA .....	23
QUIEN DERIVA AL PACIENTE A URGENCIAS.....	24
ESTANCIA MEDIA Y DESTINOS .....	26
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN URGENCIAS.....	26
DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS Y DIAGNÓSTICO FINAL.....	27
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>30</b>
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS GENERALES .....	30

DIAGNÓSTICOS.....	31
ANTECEDENTES PERSONALES DE CEFALEA .....	32
QUIÉN DERIVA AL PACIENTE A URGENCIAS.....	32
ESTANCIA MEDIA Y DESTINOS .....	33
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN URGENCIAS.....	33
DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS Y DIAGNÓSTICO FINAL.....	34
LIMITACIONES Y PUNTOS FUERTES DEL ESTUDIO .....	34
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>36</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>37</b>
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>40</b>

## **RESUMEN**

**Introducción:** La cefalea es un padecimiento muy frecuente entre la población general y un motivo habitual de consulta médica.

**Objetivos:** Estudiar la proporción, distribución, ruta asistencial, consumo de recursos y diagnósticos finales de los pacientes que acuden a Urgencias por cefalea.

**Metodología:** Estudio descriptivo con recogida prospectiva de 100 pacientes consecutivos mayores de 16 años que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) por cefalea como motivo principal de consulta.

**Resultados:** La cefalea como motivo de consulta supuso el 1,23% de las Urgencias atendidas. El grupo mayoritario es el de edades comprendidas entre los 31 y 45 años, con un claro predominio de mujeres (61%). Las cefaleas más frecuentemente atendidas en Urgencias fueron las cefaleas primarias (67%); entre ellas la más consultada fue la migraña, que supuso un 36% del total de cefaleas atendidas. Uno de cada 3 pacientes tenía antecedentes de cefalea y 4 de cada 5 acudieron por decisión propia. Solo un pequeño porcentaje de los pacientes atendidos en Urgencias llegaron a ingresar (12%), y 3 de cada 5 fueron derivados a Atención Primaria. Se realizaron pruebas complementarias al 84% de los pacientes atendidos. Se realizó un TAC craneal por cada 3 pacientes. Un 80% de los pacientes fueron correctamente diagnosticados.

**Conclusiones:** La cefalea es un motivo muy frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias, siendo más habituales las cefaleas primarias y dentro de éstas, la migraña. Se realiza un buen cribado y diagnóstico de las cefaleas, así como un adecuado uso de los recursos disponibles en Urgencias para su diagnóstico y manejo.

**Palabras clave:** Cefalea, diagnóstico, migraña, prevalencia, Urgencias.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Headache is a common complaint in general population and a frequent reason for medical consultation.

**Purpose:** To study the proportion, distribution, care route, resource consumption and final diagnosis of patients attending the Emergency Department (ED) for headache.

**Methods:** A descriptive study with prospective collection of 100 consecutive patients over 16 years old who attended the ED of Marqués de Valdecilla University Hospital (HUMV) for headache as the main complaint.

**Results:** Headache accounted for 1,2% of assisted visits in the ED. The most common age range is between 31 and 45 years old and the majority of the patients are females (61%). The most frequent type of headache attended in the ED were primary headaches (67%). Migraine, with 36% of cases, was the most frequent diagnosis. One out of every 3 patients had a history of headache and 4 out of every 5 consulted by their own decision. Only a small percentage of patients attended in the ED were admitted as inpatients (12%), and 3 out of every 5 were referred to Primary Care. Complementary tests were performed on 84% of the patients who attended. A CT scan was performed for every 3 patients. A total of 80% patients were correctly diagnosed.

**Conclusions:** Headache is a frequent complaint in the ED, where primary headaches represent the most common, migraine the most common reason for consultation. In our setting, there is a good screening and diagnosis of headaches, as well as an adequate use of the available resources in the ED for their diagnosis and management.

**Key words:** Diagnosis, Emergency Department, headache, migraine, prevalence.

## **INTRODUCCIÓN**

La cefalea es un padecimiento muy frecuente entre la población general que conlleva una gran carga socioeconómica. Esto implica gran pérdida en la calidad de vida y la productividad para los pacientes que la sufren, así como altos costes económicos para la sociedad<sup>1</sup>. Actualmente, se considera la segunda causa que más años vividos con discapacidad o mala salud (AVD) causa en todo el mundo para ambos sexos<sup>2</sup>.

En los países occidentales, la prevalencia de cefalea es muy alta, oscilando entre el 73-89% en el caso de los varones y entre el 92-99% en el caso de las mujeres<sup>3</sup>. Debido a esto, las cefaleas suponen un motivo frecuente de consulta tanto en Atención Primaria como en los servicios de Urgencias y en la consulta del neurólogo<sup>4</sup>.

### **CLASIFICACIÓN DE LAS CEFALÉAS**

La International Headache Society (IHS) en la tercera edición de su Clasificación (conocida con el epónimo de ICHD-3) divide las cefaleas en primarias, secundarias y algias craneales<sup>5</sup>.

Entendemos por cefalea primaria aquella en la que no existe un sustrato (estructural o metabólico) demostrable, mientras que, en las cefaleas secundarias, el dolor de cabeza es una manifestación de una patología subyacente, bien sea banal o potencialmente grave.

#### **CEFALÉAS PRIMARIAS**

Las cefaleas más frecuentes en la población general son las cefaleas primarias y dentro de éstas la más prevalente es la cefalea tensional seguida de la migraña. Sin embargo, al condicionar una mayor incapacidad, el motivo de consulta más frecuente entre las cefaleas primarias es la migraña<sup>1, 4, 6</sup>.

Dentro de las cefaleas primarias la ICHD-3 distingue a su vez cuatro grandes grupos: migraña, cefalea tensional, cefaleas trigémino-autonómicas y otras cefaleas primarias.

#### **Migraña**

La migraña, es la cefalea primaria más estudiada y mejor conocida, tanto desde el punto de vista clínico y fisiopatológico como terapéutico<sup>3</sup>. Por sí sola, la migraña constituye la tercera causa de discapacidad en todo el mundo para menores de 50 años en ambos sexos<sup>7</sup>.

La migraña es más frecuente en mujeres que en varones, en una proporción 2:1<sup>8</sup>, disminuyendo su prevalencia a partir de los 50 años<sup>9</sup>.

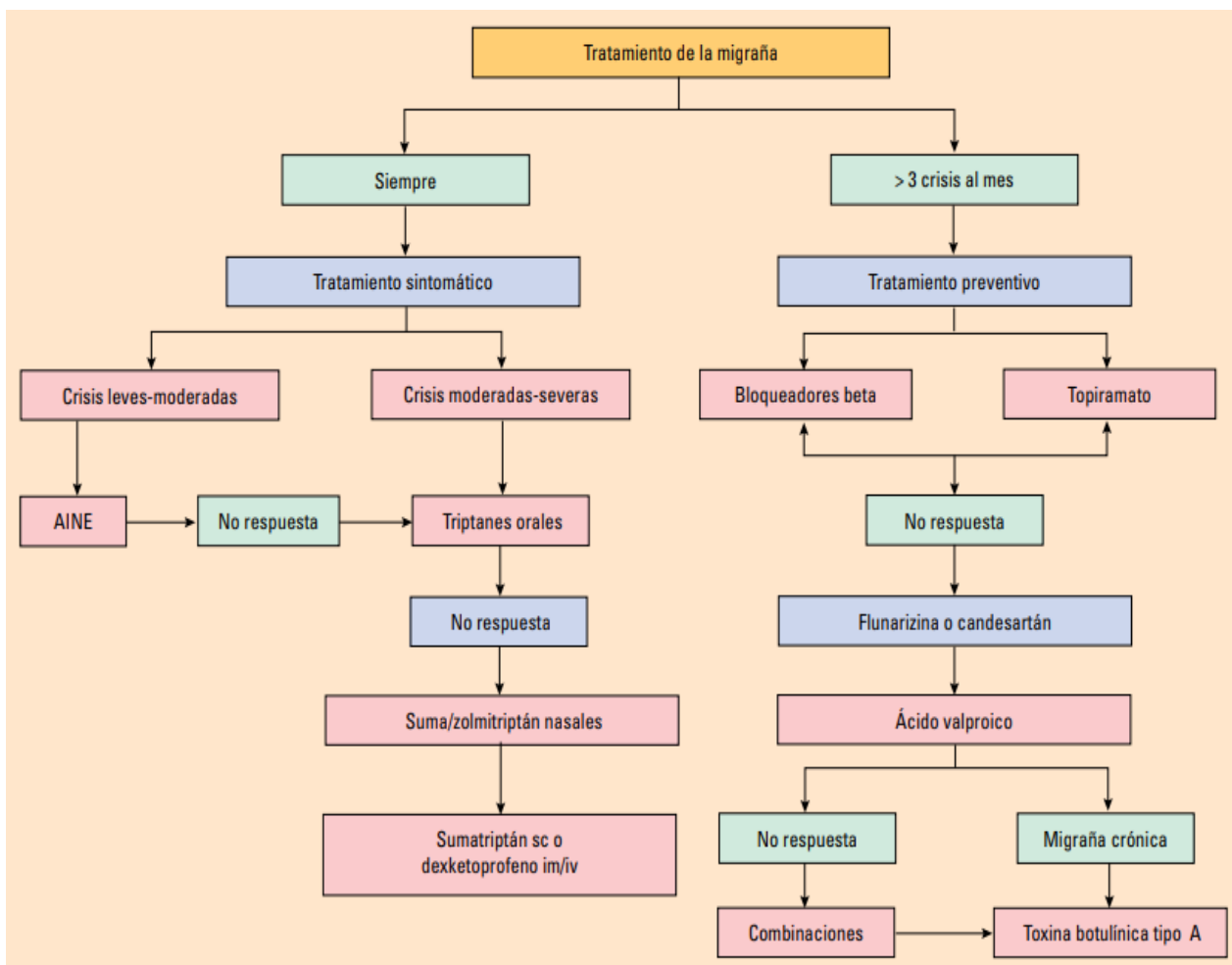
Clásicamente, la migraña se presenta como crisis de dolor unilateral, de carácter pulsátil e intensidad moderada o grave que duran entre 4 y 72 horas. Pueden asociarse a náuseas, vómitos, sonofobia y fotofobia. Además, característicamente empeoran con la actividad física.

La ICHD-3 diferencia entre migraña episódica (aquella que se presenta 14 días o menos al mes) y crónica definida como una cefalea de características migrañosas presente durante 15 días o más al mes durante más de tres meses.

La migraña puede clasificarse a su vez según si tiene o no aura. Entendemos por aura la presencia de síntomas neurológicos focales y transitorios que preceden a la cefalea, aunque en ocasiones también pueden acompañarla. Las migrañas con aura representan alrededor de un tercio del total<sup>9</sup>.

De entre las posibles complicaciones de la migraña, destaca el estado de mal migrañoso que se define como aquella crisis de migraña debilitante que se prolonga durante más de 72 horas.

De manera general, el tratamiento de las migrañas se clasifica en sintomático -indicado en el episodio agudo- y preventivo -aquel orientado a reducir la frecuencia de las crisis y el número de días que el paciente tiene cefalea-. El tratamiento de la migraña se resume en la **figura 1**<sup>9</sup>.



**Figura 1.** Esquema del tratamiento farmacológico básico de la migraña. AINE: antiinflamatorios no esteroideos; im: intramuscular; iv: intravenoso; sc: subcutáneo.<sup>9</sup>

### **Cefalea tensional**

Es la cefalea más prevalente en la población general, pero se consulta menos por ella al ser menos invalidante<sup>10</sup>.

Característicamente, la cefalea tensional se describe como un dolor bilateral de características opresivas e intensidad leve o moderada que no empeora con la actividad física y no se acompaña de náuseas y vómitos, aunque puede asociar sonofobia o fotofobia.

Al igual que en el caso de la migraña, también existe la cefalea tensional crónica, que como en el caso anterior se caracteriza por cefalea de características tensionales en más de 15 días al mes durante más de tres meses.

El tratamiento farmacológico recomendado en los episodios agudos son los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) que en ocasiones pueden combinarse con cafeína (combinación que suele ser evitada por riesgo de dependencia) o antieméticos. Como tratamiento preventivo de primera elección se utilizan los antidepresivos tricíclicos (ADT) y, de entre ellos, el más utilizado es la amitriptilina<sup>11</sup>.

### **Cefaleas trigémino-autonómicas**

Dentro de este grupo se incluyen la cefalea en racimos, la hemicránea paroxística, la cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración (SUNCT y SUNA) y la hemicránea continua. Todas ellas se caracterizan por dolor unilateral intenso acompañado de síntomas autonómicos ipsilaterales que se puede manifestar como hiperemia conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, edema palpebral, miosis, ptosis o sudoración frontal.

Se diferencian entre ellas fundamentalmente en la duración de los brotes y la frecuencia con la que se presentan, los factores precipitantes y los tratamientos a los que responden<sup>3</sup>.

Así, por ejemplo, la cefalea en racimos puede desencadenarse por el consumo de alcohol. El tratamiento sintomático consta de triptanes y oxígeno a alto flujo mientras que para el tratamiento preventivo lo más recomendado es la combinación de los corticoides y verapamilo<sup>12</sup>.

La hemicránea paroxística y la hemicránea continua responden completamente a dosis terapéuticas de indometacina. En el caso de las cefaleas neuralgiformes unilaterales de breve duración el tratamiento de primera línea es la lamotrigina<sup>13</sup>.

### **Otras cefaleas**

En este grupo, la ICHD-3 recoge otras cefaleas primarias menos frecuentes con características particulares. Es, por tanto, un grupo bastante heterogéneo que requiere una evaluación meticulosa para descartar posibles causas de cefalea secundaria<sup>14</sup>.

Dentro de este grupo encontramos la cefalea tusígena primaria, cefalea por esfuerzo



físico primaria, por actividad sexual, cefalea en trueno primaria, cefalea por crioestímulo, cefalea punzante primaria, cefalea por presión externa, cefalea numular, hípica, y la cefalea persistente diaria de novo.

#### CEFALEAS SECUNDARIAS

Dentro de las cefaleas secundarias encontramos aquellas donde la cefalea es una manifestación de la patología subyacente. En este grupo, las características de la cefalea están menos definidas<sup>3</sup>.

La IHS clasifica las cefaleas secundarias en 8 grupos dependiendo de la causa subyacente. La clasificación general de las cefaleas secundarias se resume en la **tabla 1**.

CLASIFICACIÓN DE LAS CEFALEAS SECUNDARIAS
Cefalea atribuida a traumatismo craneoencefálico y/o cervical
Cefalea atribuida a vasculopatía craneal y/o cervical
Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular
Cefalea atribuida a administración o supresión de una sustancia
Cefalea de origen infeccioso
Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis
Cefalea o dolor facial atribuidos a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca o de otras estructuras faciales o cervicales
Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico

**Tabla 1.** Clasificación de las cefaleas secundarias.

No es el objetivo de este trabajo plasmar aquí las características de las más de un centenar de cefaleas secundarias que aparecen extraordinariamente descritas en la ICHD-3. En síntesis, podríamos decir que hay dos grandes grupos de cefaleas secundarias. En el primero se encontrarían aquellas que se pueden manifestar potencialmente como cefalea aislada y que, por tanto, entrarían en el diagnóstico diferencial con las cefaleas primarias. En este grupo incluiríamos, por ejemplo, la arteritis de la temporal, la cefalea por trastornos de la presión intracraneal, la cefalea cervicogénica o el síndrome de Costen. En cada una de estas entidades existen datos en la historia clínica del paciente o en las características de su cefalea que nos permiten su clasificación diagnóstica. En el segundo grupo la cefalea obviamente existe, pero es un mero síntoma acompañante de un proceso subyacente que, en general, es de diagnóstico obvio. Por ejemplo, aquella cefalea en relación con un traumatismo craneoencefálico, la cefalea en el contexto de un cuadro infeccioso sistémico (gripe, etc), la cefalea en relación con el uso de vasodilatadores, la cefalea en relación con ictus, etc.

## NEURALGIAS CRANEALES Y ALGIAS FACIALES

El apartado 13 de la ICHD-3 desarrolla las neuralgias craneales y otras algias que asientan en la región facial. La clasificación de estas neuralgias se recoge en la **tabla 2**.

CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES DOLOROSAS DE LOS PARES CRANEALES Y OTROS DOLORES FACIALES
NEURALGIAS CRANEALES
Dolor atribuido a lesión o enfermedad del nervio trigémino
Dolor atribuido a lesión o enfermedad del nervio glossofaríngeo
Dolor atribuido a lesión o enfermedad del nervio intermedio
OTRAS ALGIAS FACIALES
Neuralgia occipital
Síndrome cervicogloso
Neuritis óptica dolorosa
Cefalea atribuida a parálisis oculomotora de origen isquémico
Síndrome de Tolosa-Hunt
Síndrome oculosimpático paratrigeminal (de Raeder)
Neuropatía oftalmopléjica dolorosa recurrente
Glosodinia
Dolor facial idiopático persistente
Dolor neuropático central

**Tabla 2.** Clasificación de las neuralgias craneales y algias faciales.

Las neuralgias craneales cursan con dolor eléctrico, lancinante o paroxístico en el territorio del nervio afecto. Dentro de las neuralgias craneales la neuralgia del trigémino es sin duda la más frecuente. La neuralgia del trigémino, junto con la cefalea en racimos, son los dolores más intensos que se conocen. Hasta no hace muchos años cuando no disponíamos de las opciones de tratamiento actuales llevaban al suicidio de algunos pacientes. Las neuralgias craneales pueden ser “clásicas o típicas”, en general secundarias a un contacto vascular en la fosa posterior, o secundarias a otras causas, como compresión tumoral, esclerosis múltiple o infecciones como el herpes zoster y exigen un estudio específico.

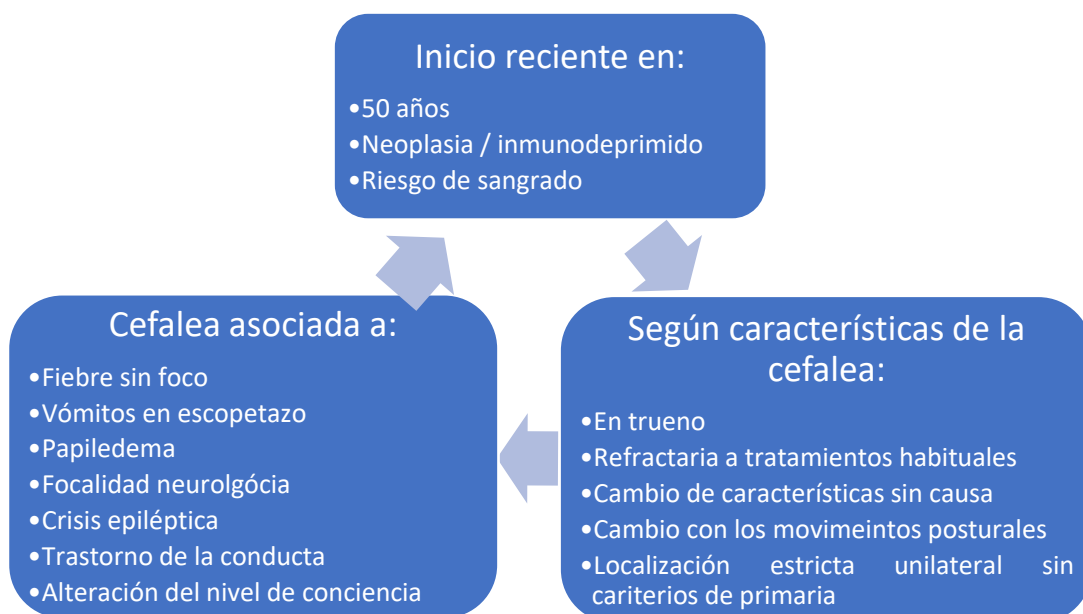
El capítulo de otras algias craneales es heterogéneo y engloba neuralgias de otras localizaciones como la neuralgia occipital, cuadros inflamatorios de causa desconocida como el síndrome de Tolosa-Hunt o el algia facial persistente idiopática, que suele tener una causa psiquiátrica subyacente.

## CEFALEA EN URGENCIAS

Prácticamente no existen estudios encaminados a establecer la frecuencia y la distribución por diagnóstico de los pacientes que acuden a Urgencias por cefalea en nuestro país. En los servicios de Urgencias se calcula que las cefaleas supondrían el tercer motivo de consulta neurológica más frecuente por detrás de ictus y epilepsia<sup>15</sup>. Algunos estudios que analizan la asistencia neurológica en Urgencias recogen que el porcentaje de visitas a Urgencias atribuido a las cefaleas oscila entre el 1% y el 2,5% del total<sup>16-19</sup>. Las cefaleas primarias son las más frecuentes y supondrían alrededor del 70% de todas las visitas realizadas a Urgencias por cefalea. Dentro de las cefaleas secundarias, la prevalencia de cefaleas graves es realmente baja<sup>20</sup>.

Una correcta anamnesis y una exploración física que incluya una exploración neurológica completa permiten, en la mayoría de los casos, diagnosticar una cefalea primaria. Sin embargo, en hasta un tercio de las cefaleas atendidas en Urgencias no se llega a un diagnóstico específico a pesar de la anamnesis y la exploración minuciosa<sup>21</sup>.

El objetivo fundamental en el Servicio de Urgencias es identificar aquellos pacientes que pueden tener una cefalea secundaria potencialmente grave<sup>22</sup>. Para ello, existen una serie de criterios de alarma o “red flags” ante los cuales estaría justificada la realización de pruebas complementarias (**figura 2**).



**Figura 2.** Signos y síntomas de alarma a considerar ante un paciente con cefalea (“red flags”)<sup>14</sup>.

En aquellas cefaleas con criterios de alarma está justificada la realización de pruebas complementarias. En Urgencias, las pruebas más frecuentemente realizadas en pacientes con patología neurológica son los estudios analíticos, seguidos del electrocardiograma (ECG), la tomografía axial computarizada (TAC) y de la punción lumbar<sup>23</sup>. Otras pruebas como la resonancia magnética (RM) pueden ser muy útiles, pero debido a su acceso limitado no suelen realizarse en el Servicio de Urgencias<sup>24</sup>.

Un análisis de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias por cefalea

El tratamiento en Urgencias y el destino de los pacientes dependerá del diagnóstico. La respuesta a la analgesia no nos permite diferenciar entre una cefalea primaria y una secundaria pues ambas pueden responder de manera parcial o total a la misma<sup>25</sup>.

El objetivo en el caso de las cefaleas primarias es aliviar el dolor provocado por el episodio agudo. En el caso de las cefaleas secundarias el objetivo pasa por tratar el dolor y la causa subyacente que produce la cefalea.

## **OBJETIVOS**

- Estudiar la proporción de pacientes que acuden por cefalea como motivo principal de consulta a las Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander).
- Determinar la distribución por diagnósticos, la ruta y los recursos asistenciales consumidos por los pacientes que acuden a Urgencias por cefalea.
- Analizar los diagnósticos asignados en Urgencias y valorar, con la ayuda de un neurólogo especialista en cefaleas, la concordancia con el diagnóstico final de dichos pacientes.

## **METODOLOGÍA**

### **DISEÑO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Se llevó a cabo una recogida prospectiva de 100 pacientes consecutivos con edades mayores de 16 años que acuden al Servicio de Urgencias de adultos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) por cefalea como síntoma guía. La recogida se inició el día 5 de noviembre del año 2019.

### **RECOGIDA DE INFORMACIÓN**

Para la recogida de información se informó a los médicos del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) sobre el estudio. Los médicos del Servicio recogieron durante sus turnos todos aquellos pacientes que atendían cuyo síntoma guía era la cefalea y se revisaron diariamente los diagnósticos del triaje.

Posteriormente, se obtuvieron los datos de dichos pacientes a través del Informe de Urgencias recogido en el Visor Corporativo de la Historia Clínica Altamira del hospital.

### **DEFINICIONES DE LAS VARIABLES**

- **Número de historia identificativo.**
- **Edad:** 16 años o más, ya que en nuestra Comunidad Autónoma los pacientes de hasta 16 años son atendidos en las Urgencias Pediátricas. A partir de esa edad los pacientes son adultos a todos los efectos en términos asistenciales. No hubo límite de edad.
- **Sexo:** varón o mujer.
- **Antecedentes personales:** considerando como tales aquellos que aparecían escritos en el informe de Urgencias y tenían relevancia para el episodio actual. Se excluyó de esta variable los antecedentes personales de cefalea que se recogieron aparte.
  - Tabaco:
    - Fumador: fumador activo
    - No fumador: nunca ha fumado.
    - Exfumador: ha fumado, pero no en la actualidad.
  - Hipertensión arterial (HTA)
  - Síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS).
  - Patología psiquiátrica:
    - Trastornos del estado de ánimo
    - Trastornos de ansiedad.
    - Intento autolítico
  - Patología neurológica:
    - Epilepsia.
    - Enfermedad de Parkinson.
    - Deterioro cognitivo: desde deterioro cognitivo leve hasta demencia grave.
    - Hidrocefalia crónica del adulto.
    - Ictus.

- Accidente isquémico transitorio (AIT).
  - Neoplasia previa: antecedente de neoplasia.
  - Neoplasia activa: proceso neoplásico activo en el momento que acudió a Urgencias.
  - Procesos infecciosos de la cabeza y cuello:
    - Otitis de repetición.
    - Sinusitis de repetición.
  - Síndromes vertiginosos:
    - Vértigo central
    - Vértigo periférico
    - Síndrome vertiginoso sin especificar.
  - Traumatismos craneoencefálicos: de relevancia clínica en el pasado o los acontecidos en los 15 días previos.
  - Síncopes.
  - Intervenciones quirúrgicas previas: aquellas relacionadas con área de otorrinolaringología o neurocirugía.
  - Patología de la columna cervical: artrosis, discopatías.
- Además, se recogió, en aquellos informes en los que se dejó reflejado, situaciones estresantes para el paciente presentes en el momento que acudió a Urgencias.
- **Medicación que tomaba habitualmente:** excluyendo en aquellos pacientes que tenían antecedentes personales de cefalea aquella medicación que utilizaban para dicho diagnóstico.
  - **Historia previa de cefalea**
    - Diagnóstico previo de cefalea.
    - Tratamiento que siguiera el paciente en su domicilio:
      - Tratamiento para el cuadro agudo.
      - Tratamiento preventivo.
    - TAC previos: si tenían o no y el número de TAC que se les habían realizado.
    - RM previas: si tenían o no y el número de RM que se les habían realizado.
  - **Quién deriva al paciente a urgencias:** considerando también aquellas situaciones mayoritarias en las que el paciente acude por decisión personal.
    - Acude por decisión personal.
    - Acude por decisión del SUAP.
    - Acude por decisión del médico de cabecera (MAP).
    - Acude por decisión de otros: especificando quién.
  - **Visitas previas al Servicio de Urgencias del HUMV por cefalea:** número de veces que ha acudido el paciente a Urgencias por cefalea previamente a esta visita.
  - **Historia de la cefalea actual:**
    - Duración previa: minutos, horas, días, meses.
    - Localización: frontal, parietal, occipital, hemicraneal, holocraneal.
    - Calidad: opresivo, pulsátil.
    - Intensidad: leve, moderada o intensa. En las situaciones que el informe recogía la escala visual analógica (EVA) esta se ajustaba a la clasificación anterior de la siguiente manera: EVA  $\leq 4$  como leve, EVA 4-6 como moderado y EVA  $\geq 6$  como intenso.

- Síntomas acompañantes: aquellos que refiere el paciente durante la anamnesis.
- Medicación administrada: en domicilio y en urgencias y si consiguió el efecto deseado o no.
- **Exploración física:** normal o anormal
- **Estudios complementarios llevados a cabo en urgencias:**
  - Estudios de laboratorio: hemograma, bioquímica, pruebas de coagulación.
  - TAC craneal.
  - Encefalograma (EEG).
  - Electrocardiograma (ECG).
  - Punción lumbar.
  - Otras pruebas: incluyendo aquí otras pruebas de laboratorio como el elemental y sedimento o la prueba de embarazo y otras pruebas de imagen como la radiografía cervical, la radiografía de tórax o radiografía de abdomen.
- **Tiempo de permanencia en urgencias:** recogido desde el momento en el que el paciente llega a urgencias y se le hace el triaje (recogido en la etiqueta identificativa del paciente del episodio actual) hasta el momento en el que se les da el alta de Urgencias (recogido en el informe de urgencias).
- **Destino al alta de Urgencias:** teniendo en cuenta que, derivar a atención primaria y a consultas de neurología no son excluyentes entre ellos.
  - A su domicilio.
  - A su Médico de Atención Primaria (MAP).
  - A consulta de Neurología.
  - Otros: otras consultas externas.
- **Diagnóstico al alta de Urgencias:** diagnóstico recogido en el informe de urgencias y realizado por el personal que atendió al paciente en ese momento.
- **Diagnóstico neurológico final:** los diagnósticos se reclasificaron posteriormente siguiendo la tercera edición de la International Headache Society (ICHD-3)<sup>5</sup> tras el análisis de la historia y, en algunos casos el seguimiento posterior. El diagnóstico final se realizó con la ayuda de un neurólogo experto en cefaleas (el doctor Julio Pascual Gómez).

En la **tabla 3** se muestran de manera esquemática los datos fundamentales que se deben recoger de cada paciente.

<b>Tabla 3. DATOS QUE RECOGER EN LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO</b>	
Número de historia identificativo	
Edad	≥ 16 años
Sexo	Varón (♂)
	Mujer (♀)
Antecedentes personales	Aquellos de interés para el episodio
Tratamiento habitual	No para la cefalea



Historia previa de cefalea	Diagnóstico
	Tratamiento
	TAC previos: <i>Si/No (cuántos)</i>
	RM previos: <i>Si/No (cuántos)</i>
Quién deriva al paciente a Urgencias	Acude por interés propio
	MAP
	SUAP
	Otros
Historia de cefalea actual	Duración
	Localización
	Calidad
	Intensidad
	Síntomas acompañantes
	Medicación administrada
Exploración física	Normal
	Anormal
Estudios complementarios	Analítica
	TAC
	RM
	Punción lumbar
	EEG
	ECG
	Radiografías
	Otros
Tiempo de permanencia en Urgencias	<i>Horas y minutos</i>
Destino al alta de Urgencias	Domicilio
	MAP
	Consulta de Neurología
	Ingreso
	Otros
Diagnóstico en Urgencias	
Diagnóstico final	

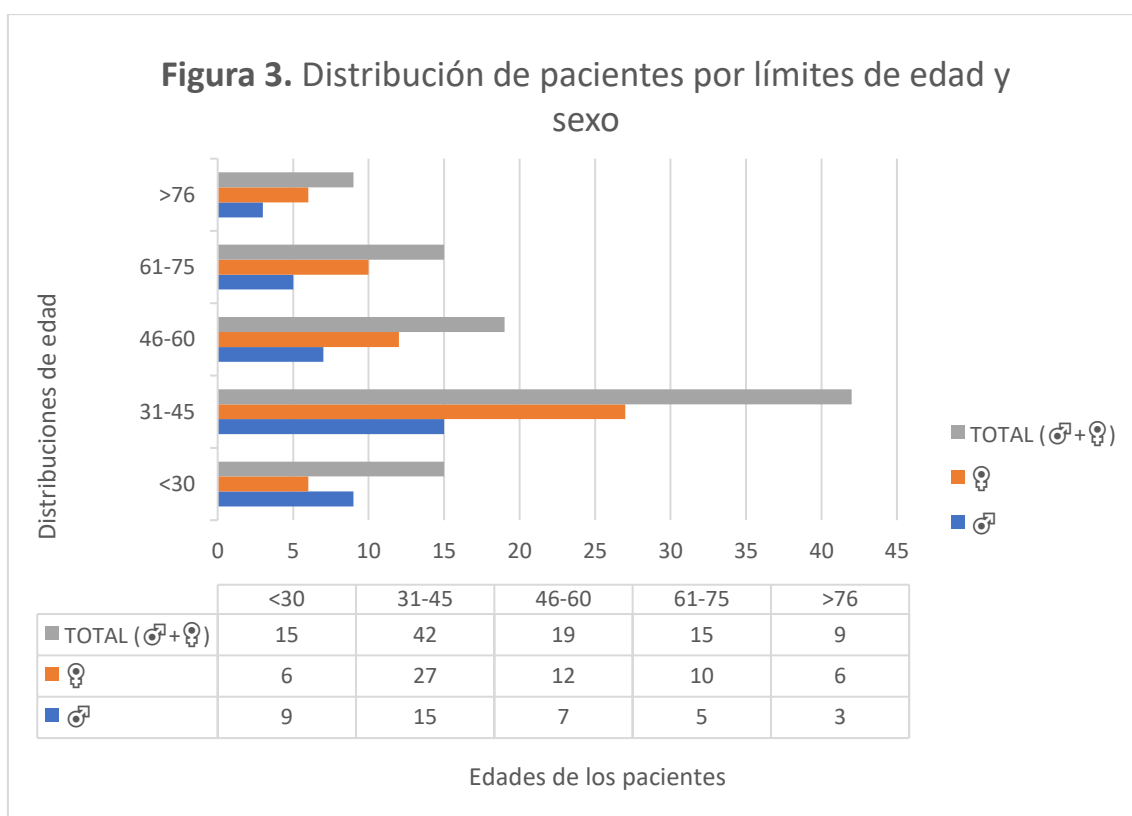
## RESULTADOS

Como señalamos en Objetivos, para el presente análisis incluimos 100 pacientes consecutivos que acudieron a Urgencias con cefalea como síntoma guía. El periodo de tiempo que necesitamos para reclutar a 100 pacientes fue de un total de 27 días. Estos 100 pacientes supusieron 3,7 pacientes/día y el 1,2% del total de las Urgencias atendidas durante ese periodo de tiempo que ascendieron a 8.119.

De los 100 pacientes incluidos en el estudio, 8 acudieron de nuevo a Urgencias durante las fechas de recogida en una ocasión, y 2 lo hicieron en dos ocasiones. Esto supone un total de 112 visitas a Urgencias por cefalea durante el periodo mencionado, lo que eleva el porcentaje de atenciones por cefalea en Urgencias al 1,4%.

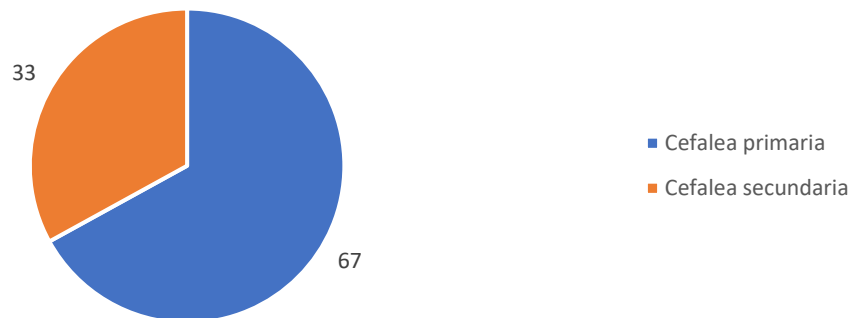
### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS GENERALES

De los 100 pacientes analizados 61 eran mujeres (61%) y 39 varones (39%), de edades comprendidas entre los 17 y los 87 años. La media de edad fue de  $47,7 \pm 17,3$ . La mediana de edad fue de 43,5 años. La distribución por límites de edad y sexo puede observarse en la **figura 3**.



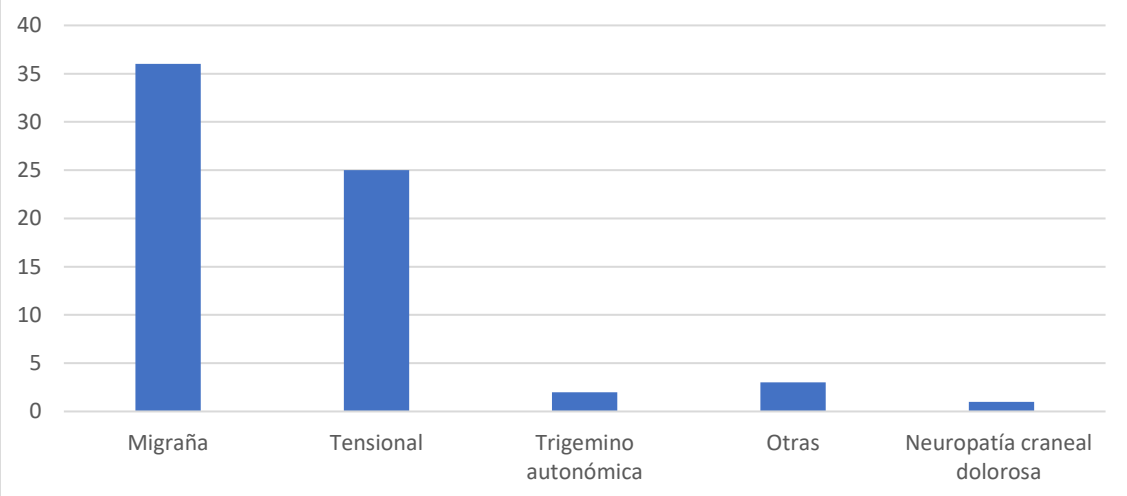
### DIAGNÓSTICOS

Del total de pacientes, 67 fueron diagnosticados de cefalea primaria y 33 de cefalea secundaria (**figura 4**).

**Figura 4. Distribución de cefaleas**

### CEFALEAS PRIMARIAS

De las 67 cefaleas primarias, 36 fueron migrañas (53,7%), 25 fueron cefaleas tensionales (37,3%), 2 fueron cefaleas trigémico-autonómicas (3,0%), 3 fueron clasificadas como otras cefaleas primarias (4,5%) y 1 (1,5%) fue clasificada como neuropatía craneal dolorosa primaria (**figura 5**).

**Figura 5. Causas atribuidas a cefaleas primarias**

Dentro de las migrañas a su vez se subclasificaron de la siguiente manera: 17 (47,2%) fueron diagnosticadas de migraña sin aura, 12 (33,4%) de migraña con aura, 3 (8,3%) como migraña crónica y 4 (11,1%) de estado de mal migrañoso.

Dentro de las cefaleas tensionales 24 (96%) fueron clasificadas como cefalea tensional episódica mientras que 1 (4%) fue clasificada como cefalea tensional crónica.

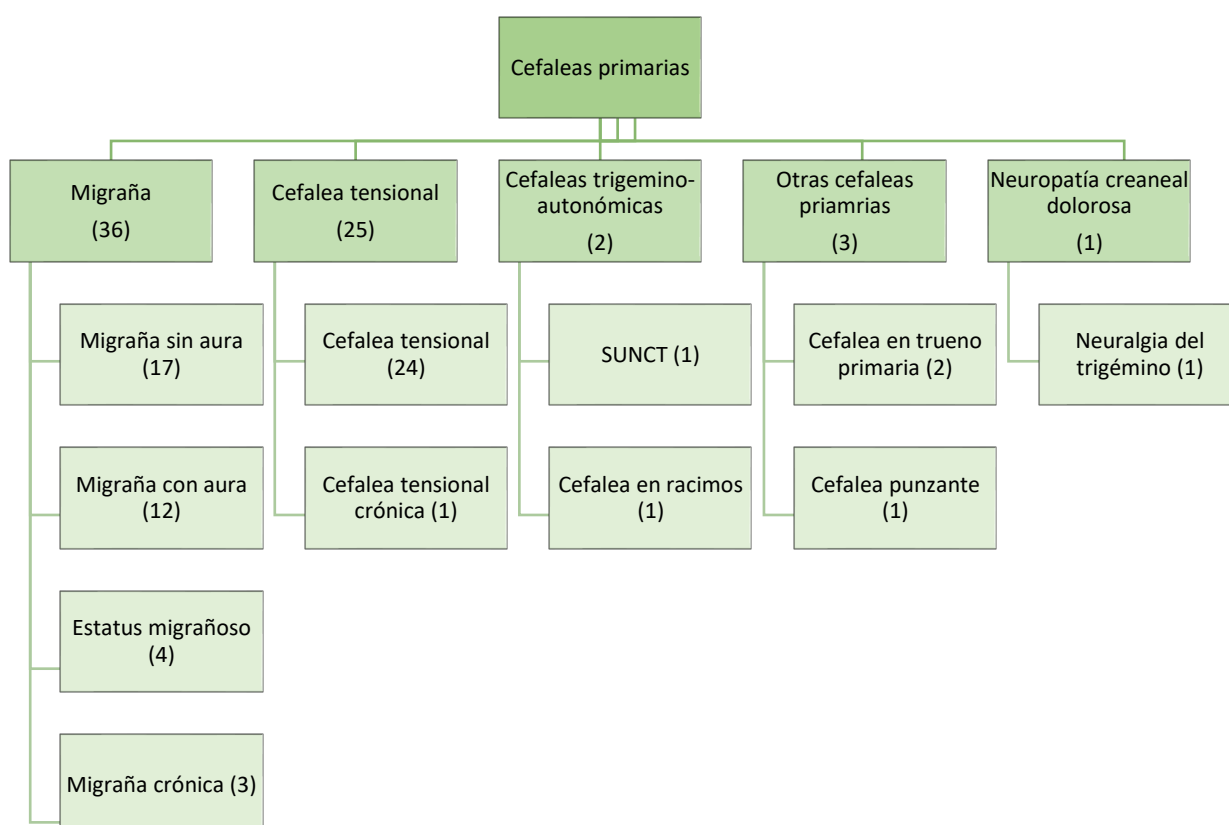
De las 2 cefaleas clasificadas como cefaleas trigémico-autonómicas, una fue un SUNCT y otra una cefalea en racimos.

Finalmente, las cefaleas clasificadas como otras cefaleas primarias correspondían a 2 cefaleas en trueno primarias y 1 cefalea punzante.

Todos estos datos se resumen en la **tabla 4 / esquema 1**.

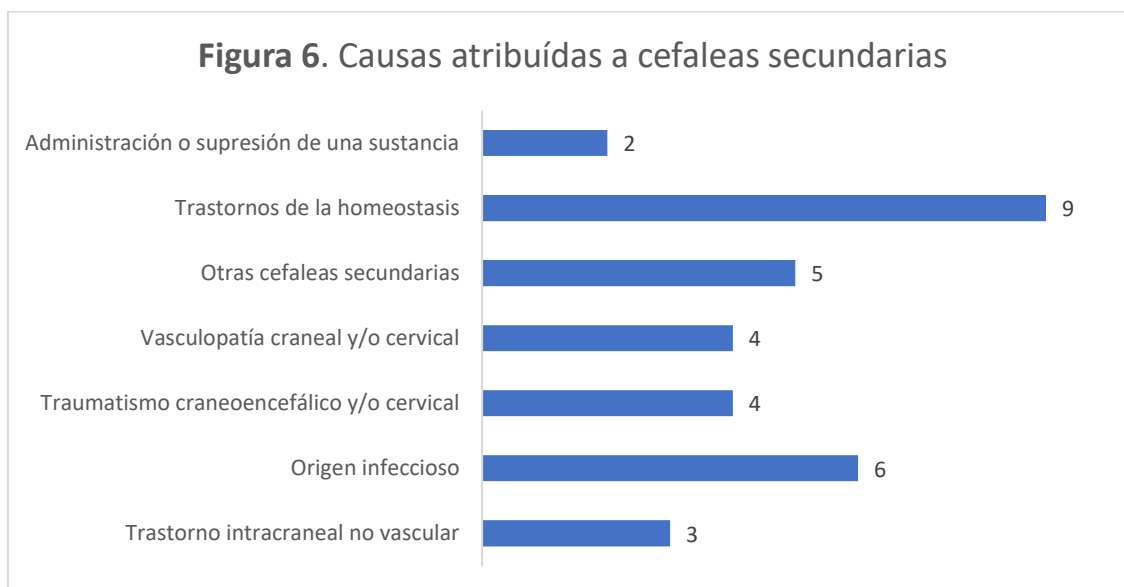
Tabla 2. DISTRIBUCIÓN POR DIAGNÓSTICOS DE LAS CEFALÉAS PRIMARIAS			
Tipo	Subtipo	Número	total
<b>MIGRAÑA</b>	Migraña sin aura	17	36
	Migraña con aura	12	
	Estado de mal migrañoso	4	
	Migraña crónica	3	
<b>CEFALEA TENSIONAL</b>	Cefalea tensional	24	25
	Cefalea tensional crónica	1	
<b>CEFALEA TRIGEMINO-AUTONÓMICA</b>	SUNCT	1	2
	Cefalea en racimos	1	
<b>NEUROPATÍA CRANEAL DOLOROSA PRIMARIA</b>	Neuralgia del trigémino	1	1
<b>OTRAS CEFALÉAS PRIMARIAS</b>	Cefalea en trueno primaria	2	3
	Cefalea punzante	1	

**Esquema 1.** Distribución por diagnósticos de las cefaleas primarias en el estudio



## CEFALEAS SECUNDARIAS

Las 33 cefaleas secundarias se agruparon de la siguiente manera: 9 (27,3%) fueron atribuidas a trastornos de la homeostasis, 6 (18,2%) a infecciones, 4 (12,1%) a vasculopatías craneales y/o cervicales, 4 (12,1%) a traumatismo craneoencefálico y/o cervical, 3 (9,1%) a trastornos intracraneales no vasculares, 2 (6,1%) a la administración o supresión de una sustancia y 5 (15,1%) a otras cefaleas secundarias a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca o de otras estructuras faciales o cervicales. Todos estos datos se resumen en la **figura 6**.



A su vez, dentro de cada uno de estos grupos se hicieron subclasificaciones de la siguiente manera:

De las cefaleas atribuidas a trastornos de la homeostasis, 7 fueron secundarias a hipertensión (de las cuales, 1 fue clasificada como encefalopatía hipertensiva), 1 fue clasificada como cefalea cardíaca y 1 fue secundaria a trastornos de hipoxia o hipercapnia.

Las cefaleas secundarias a infecciones se debieron 3 a infecciones intracraneales (todas ellas meningitis virales) y 3 a infecciones sistémicas (todas ellas de probable origen viral).

Las cefaleas secundarias a vasculopatías se subclasificaron de la siguiente manera: 1 fue diagnosticada de arteritis de células gigantes, 1 de hemorragia subaracnoidea, 1 de probable accidente isquémico transitorio y otra como malformación vascular intracraneal sin ruptura.

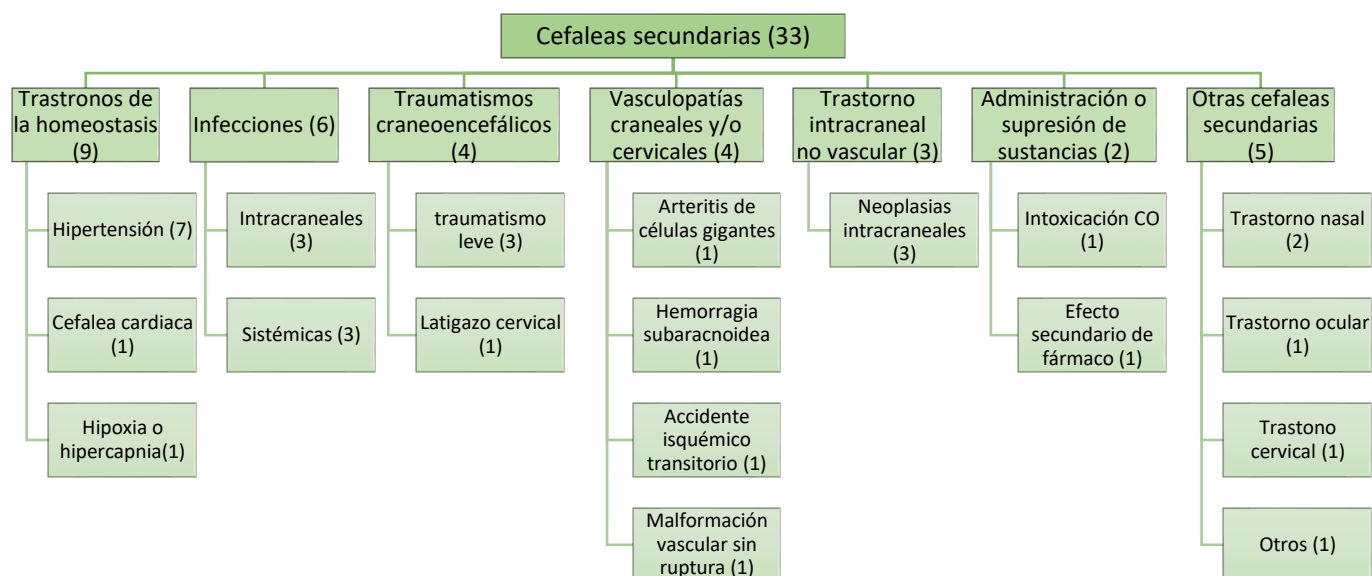
Dentro de las cefaleas secundarias a traumatismo craneoencefálico 3 fueron secundarias a un traumatismo craneoencefálico leve y 1 secundaria a un latigazo cervical.

Las 3 cefaleas secundarias a trastorno no vascular fueron todas debidas a neoplasias intracraneales.

Las cefaleas secundarias a la administración o supresión de una sustancia fueron secundarias 1 a intoxicación por monóxido de carbono y otra, por efecto secundario de un fármaco (isotretinoína).

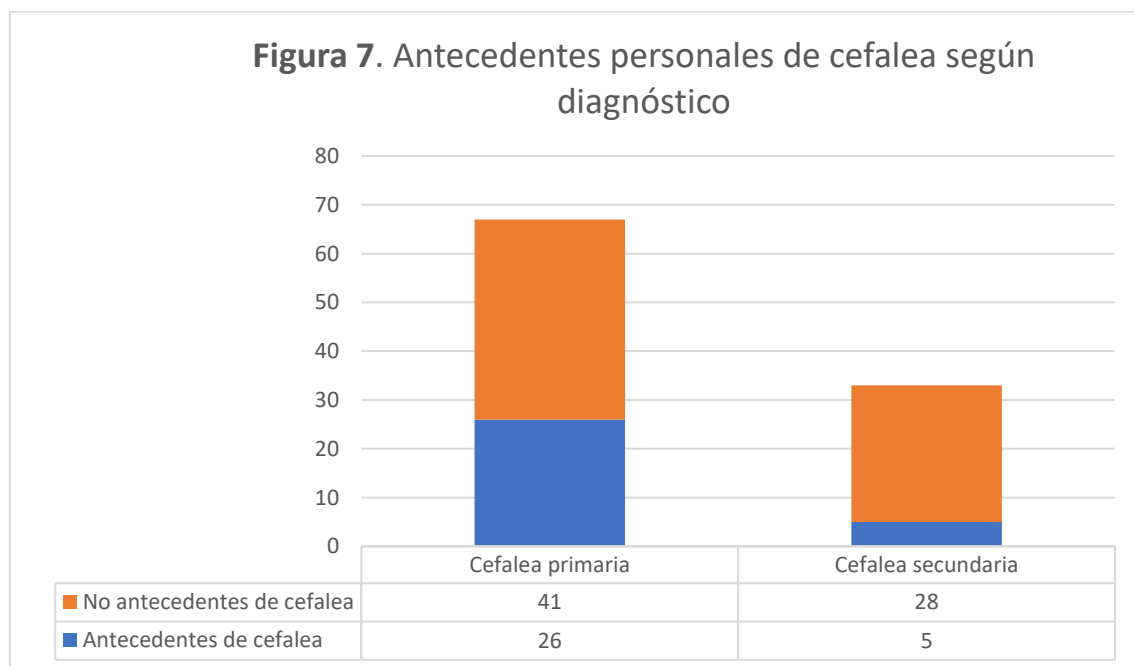
Finalmente, dentro de otras cefaleas secundarias, se incluyeron 2 a alteraciones nasales (sinusitis agudas o crónicas), 1 a trastorno ocular y otra a alteración cervical. Todos estos datos quedan resumidos en la **tabla 5 / esquema 2**.

Tabla 3. DISTRIBUCIÓN POR DIAGNÓSTICOS DE LAS CEFALÉAS SECUNDARIAS			
Tipo	Subtipo	Número	total
<b>TRASTORNOS DE LA HOMEOSTASIS</b>	Hipertensión	7	9
	Cefalea cardiaca	1	
	Trastorno hipóxico/ hipercápnico	1	
<b>INFECCIONES</b>	Intracraneales	3	6
	Sistémicas	3	
<b>VASCULOPATÍAS CRANEAL Y/O CERVICAL</b>	Hemorragia subaracnoidea	1	4
	Accidente isquémico transitorio	1	
	Arteritis de células gigantes	1	
	Malformación vascular sin ruptura	1	
<b>TRASTORNO INTRACRANEAL NO VASCULAR</b>	Neoplasias	3	3
<b>TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS</b>	Traumatismo leve	3	4
	Latigazo cervical	1	
<b>ADMINISTRACIÓN O SUPRESIÓN DE SUSTANCIAS</b>	Intoxicación por CO	1	2
	Efectos secundarios de fármacos	1	
<b>OTRAS CEFALÉAS SECUNDARIAS</b>	Trastornos nasales	2	4
	Trastornos oculares	1	
	Trastornos cervicales	1	
	Otros	1	

**Esquema 2.** Distribución por diagnósticos de las cefaleas secundarias en el estudio

### ANTECEDENTES PERSONALES DE CEFALEA

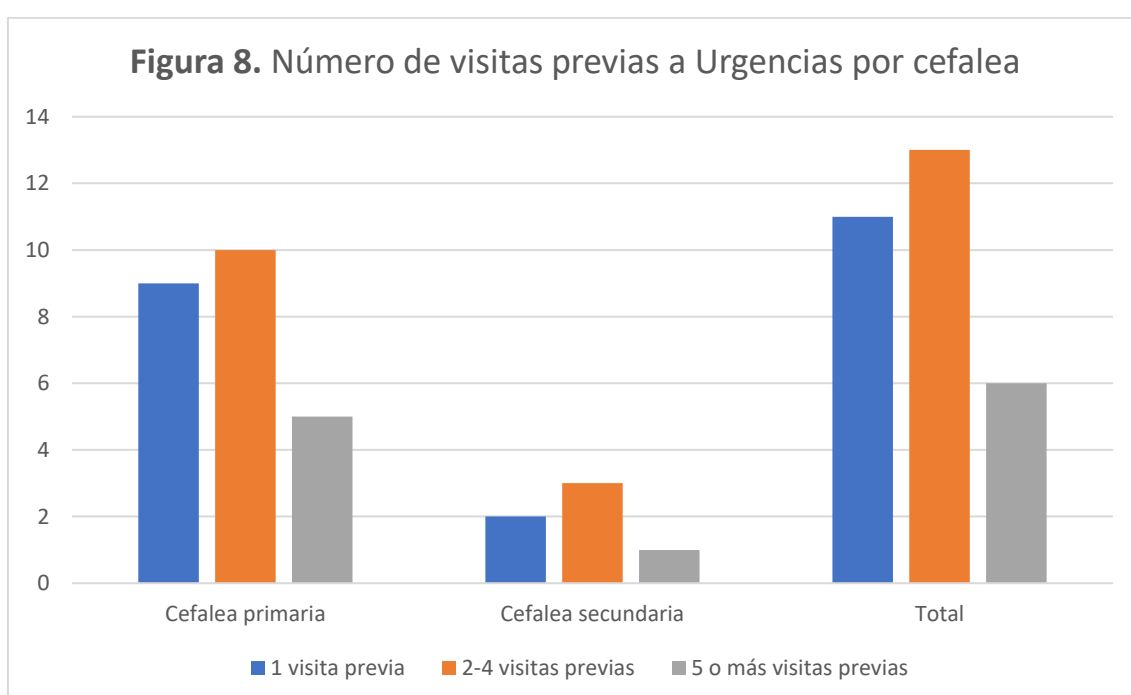
Del total de pacientes atendidos en Urgencias por cefalea, tenían historia de cefalea previa 31 pacientes de los cuales 26 fueron diagnosticados de cefalea primaria mientras que 5 fueron diagnosticados de cefalea secundaria (**figura 7**).



De todos los pacientes analizados, 30 tenían antecedentes de visitas a Urgencias por cefalea de los cuales 24 fueron diagnosticados de cefalea primaria y 6 de cefalea secundaria. De entre los pacientes diagnosticados de cefalea primaria con visitas previas a Urgencias por cefalea tenían antecedentes 17 de ellos, mientras que los 7 restantes no tenían antecedentes de cefalea, aunque sí habían consultado en Urgencias por este motivo.

Respecto a los pacientes con cefalea secundaria, de los 6 que habían acudido a Urgencias previamente por este motivo, 4 de ellos sí tenían antecedentes de cefalea mientras que 2 no los tenían.

El número de visitas previas a Urgencias por cefalea fue variable entre los pacientes y la distribución se recoge en la **figura 8**.

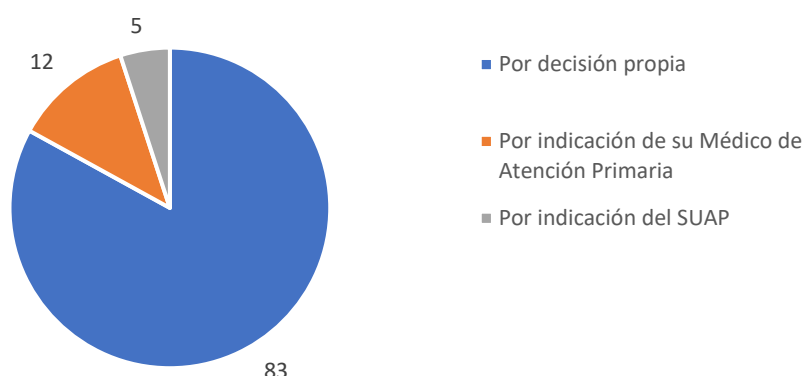


### QUIEN DERIVA AL PACIENTE A URGENCIAS

De los 100 pacientes incluidos en el estudio, un 83% acudieron a Urgencias por decisión propia, un 12% derivados por su médico de Atención Primaria (MAP) y un 5% derivado por el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP). Esto se resume en la **figura 9**.

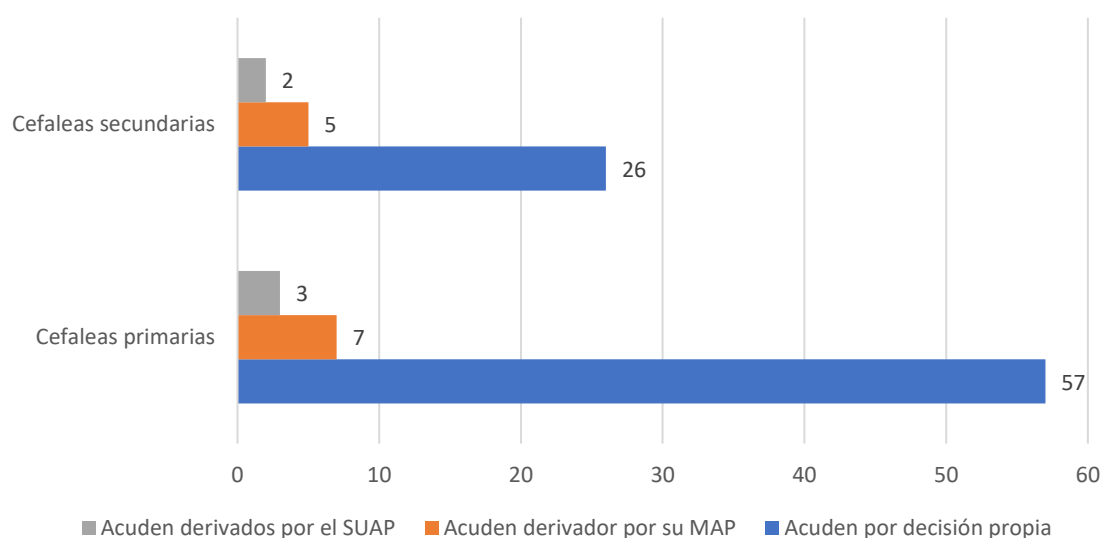


**Figura 9.** Distribución de los pacientes según quién les derivó a Urgencias



Si analizamos por separado las cefaleas primarias y las cefaleas secundarias observamos los siguientes resultados (reflejados en la **figura 10**):

**Figura 10.** Distribución de los pacientes según quién les derivó a Urgencias y su diagnóstico

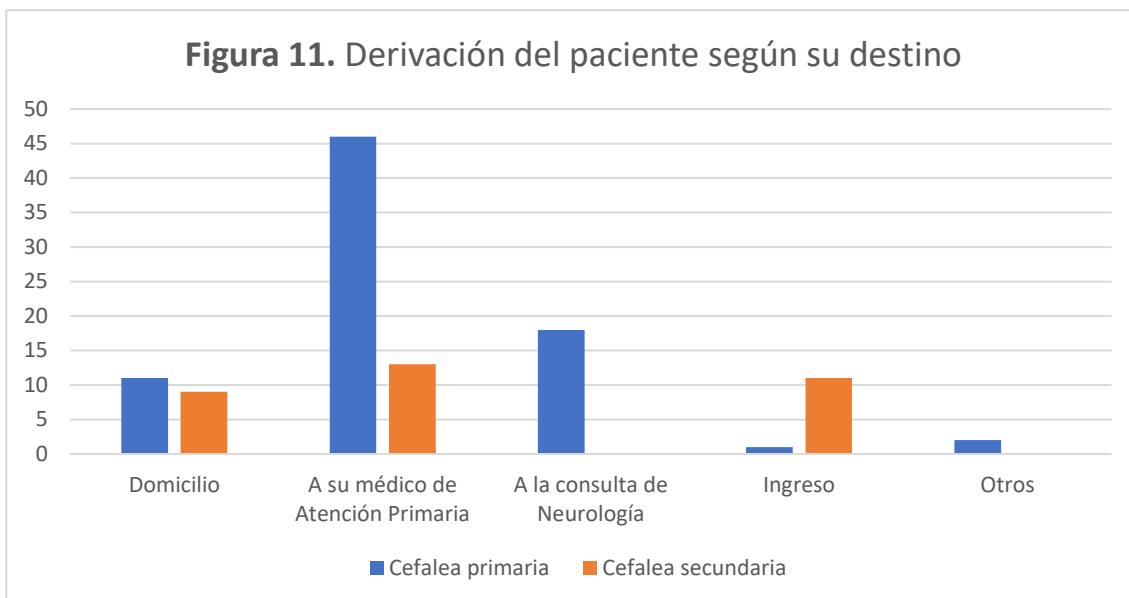


De las 67 cefaleas primarias incluidas en el estudio, 57 (85,1%) acudieron a Urgencias por decisión propia, 7 (10,4%) derivados por su MAP y 3 (4,5%) derivados por el SUAP.

De las 33 cefaleas secundarias incluidas en el estudio 26 (78,8%) acudieron a Urgencias por decisión propia, 5 (15,1%) derivados por su MAP y 2 (6,1%) derivados por el SUAP.

## ESTANCIA MEDIA Y DESTINOS

Los destinos de los pacientes estudiados fueron los siguientes: 59 derivados a su MAP, 18 a consulta de neurología, 2 a otras consultas de especialistas, 12 pacientes ingresaron, 20 fueron dados de alta a su domicilio. La distribución por destinos se recoge en la **figura 11**.



Debemos tener en cuenta que a 11 pacientes se les derivó a la consulta de neurología y a su médico de atención primaria (porque una consulta no es excluyente de la otra).

De esta manera, 88 pacientes no llegaron a ingresar y fueron dados de alta desde Urgencias. Entre estos pacientes, la estancia media en Urgencias fue de 5 horas y 32 minutos, aunque el tiempo de permanencia en Urgencias fue muy variable oscilando desde los 14 minutos en el caso del paciente que menos tiempo estuvo a 1 día y 15 horas en el caso del paciente que más tiempo estuvo sin llegar a ingresar. La desviación típica fue de 5 horas y 14 minutos y la mediana de 4 horas y 35 minutos.

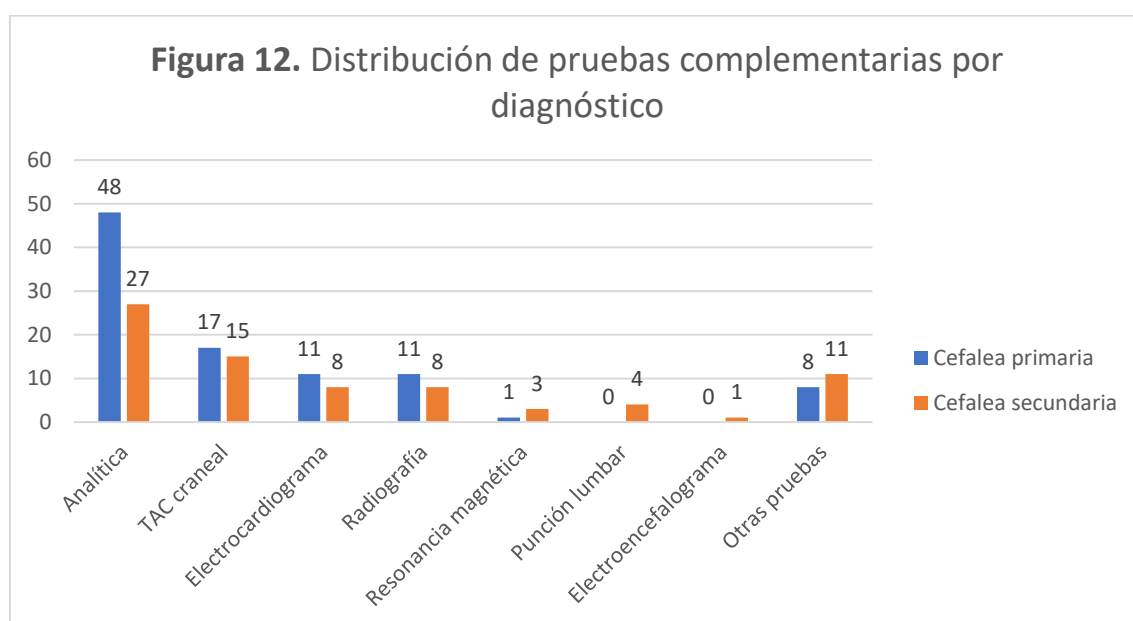
Si nos centramos en los pacientes que fueron diagnosticados de migraña, uno de ellos ingresó y los 34 pacientes restantes fueron dados de alta en Urgencias. La estancia media de estos pacientes en Urgencias fue de 6 horas y 37 minutos con una desviación típica de 6 horas y 50 minutos y una mediana de 4 horas y 57 minutos.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN URGENCIAS

De los 100 pacientes analizados a 16 no se les hizo ningún tipo de prueba complementaria (16%) durante su estancia en Urgencias. Al 84% restante de los pacientes se les realizó alguna prueba.

Del total de pacientes a los que no se les realizaron pruebas 14 (87,5%) fueron diagnosticados de cefalea primaria, mientras que 2 (12,5%) fueron diagnosticados de cefalea secundaria.

Las pruebas realizadas fueron las siguientes: 75 analíticas, 32 TAC craneales, 19 electrocardiogramas, 19 radiografías simples (de las cuales, 13 fueron de tórax, 2 radiografías cervicales, 1 de abdomen y 1 de columna), 4 resonancias magnéticas (realizadas durante ingresos), 4 punciones lumbares, 1 electroencefalograma (realizado en un paciente que ingresó por cefalea desde Urgencias y finalmente fue diagnosticado de encefalopatía hipertensiva). Otros estudios como ecografías, elemental y sedimento, gasometrías fueron agrupadas en un mismo grupo y clasificadas como “otras pruebas”. La distribución según diagnóstico se muestra en la **figura 12**.



Si analizamos los TAC craneales realizados en Urgencias vemos que se realizaron a un 25,37% de los pacientes con cefalea primaria y a un 45,45% de los pacientes con cefalea secundaria.

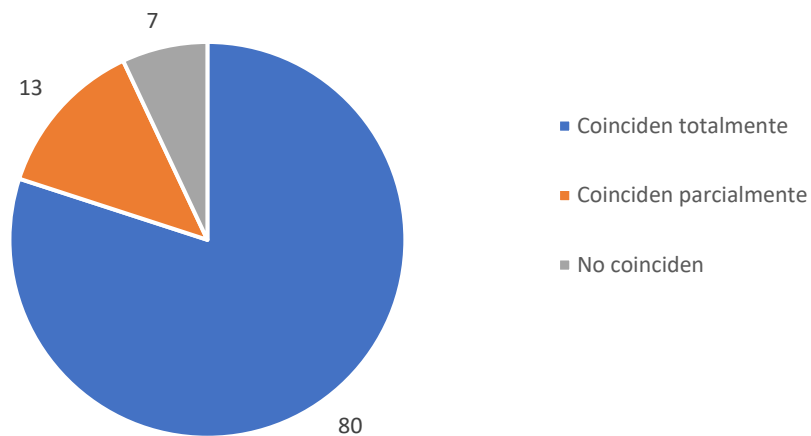
De todos estos pacientes, solamente tenían antecedentes de cefalea 5. De estos 5, 3 tuvieron diagnóstico final de cefalea primaria y a dos de ellos se les había realizado alguna prueba de imagen con anterioridad (una resonancia magnética a cada uno). Los 2 pacientes restantes fueron diagnosticados de cefalea secundaria y a ambos se les habían realizado pruebas de imagen con anterioridad; a uno una resonancia magnética y al otro 2 TAC craneales y una resonancia.

### DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS Y DIAGNÓSTICO FINAL

De los 100 pacientes estudiados, en 93 coincidió su diagnóstico general (cefalea primaria o secundaria) asignado en Urgencias con el adjudicado finalmente por un neurólogo experto en cefaleas. En 7 casos los diagnósticos no fueron coincidentes.

Si analizamos los 93 pacientes en los que el diagnóstico general coincidió, podemos observar cómo finalmente en 80 el diagnóstico no cambió en absoluto y en 13 el diagnóstico coincidía de forma parcial. Estos datos quedan resumidos en la **figura 13**.

**Figura 13.** Concordancia entre el diagnóstico en Urgencias y el diagnóstico final



De los 13 pacientes en los que el diagnóstico coincidió parcialmente, es decir, fueron clasificados correctamente como cefaleas primarias o secundarias pero el diagnóstico final varió, 10 correspondían a cefaleas primarias mientras que 3 fueron secundarias.

En 6 casos, 5 cefaleas primarias y 1 secundaria, no se llegó a un diagnóstico concreto en Urgencias.

En los 7 casos restantes se produjo algún cambio en el diagnóstico final de la siguiente manera: en las 5 cefaleas primarias, 3 fueron clasificadas inicialmente como cefalea tensional y finalmente como migraña, 1 inicialmente se clasificó como una neuralgia del trigémino y finalmente como un SUNCT, 1 fue diagnosticada en Urgencias de cefalea hemicraneal derecha y finalmente se diagnosticó de migraña crónica.

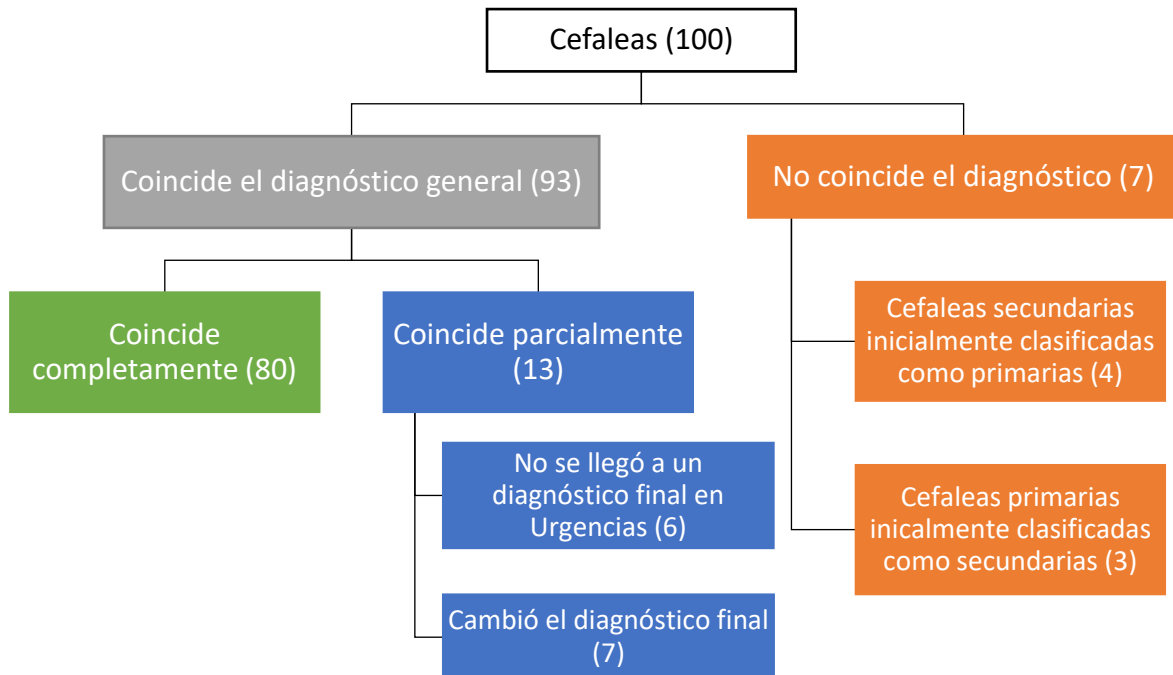
En el caso de las cefaleas secundarias, obtuvieron diagnósticos iniciales de dolor torácico e insuficiencia respiratoria parcial y finalmente se diagnosticaron de cefalea cardiaca y cefalea secundaria a trastorno ventilatorio respectivamente.

De los 7 casos en los cuales el diagnóstico no coincidió, 4 fueron clasificados inicialmente como cefaleas primarias y en la revisión final se reclasificaron como secundarias de la siguiente manera: 2 fueron secundarias a vasculopatías craneales y/o cervicales y en ambos casos los pacientes volvieron a Urgencias donde fueron diagnosticados finalmente de hemorragia subaracnoidea. Otros 2 casos fueron clasificados inicialmente como cefalea tensional o cefalea sin datos de alarma y finalmente clasificados como cefalea secundaria a hipertensión arterial.

En el caso de los 3 pacientes restantes, fueron clasificados inicialmente como cefalea secundaria y finalmente como primaria (en los tres casos el diagnóstico final fue de cefalea tensional).

Los datos generales aparecen reflejados en el **esquema 3**.

**Esquema 3.** Distribución de las cefaleas según la concordancia en los diagnósticos.



## **DISCUSIÓN**

A pesar de que la cefalea es un motivo frecuente de consulta en los servicios de Urgencias, existen pocos estudios a nivel nacional, e incluso en la literatura internacional, que analicen la frecuencia y la distribución por diagnósticos de este motivo de consulta.

El porcentaje de visitas en Urgencias atribuido a cefalea como síntoma guía principal en nuestro trabajo (1,2%) es similar a los resultados obtenidos en otros estudios, tanto nacionales como internacionales, que oscilan entre el 1 y el 2,5%<sup>16-19</sup>. Esto convierte a las cefaleas en uno de los motivos principales de consulta en Urgencias, ya que al menos uno de cada 100 pacientes consulta por este motivo. Aunque no lo estudiamos en este trabajo, se calcula que el porcentaje de urgencias que son de causa neurológica en nuestro país oscila entre el 2,6 y el 14%<sup>15</sup> y que entre el 6 y el 13% de éstas se deben a cefalea, que es la tercera causa en frecuentación en Urgencias tras el ictus y la epilepsia<sup>15</sup> y nuestros datos reafirman estos números.

### **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS GENERALES**

La distribución por sexos también se asemeja a estudios previos preliminares realizados en nuestra región, siendo más frecuente la cefalea en mujeres que en varones en Urgencias<sup>26</sup>. Lo mismo sucede a nivel nacional<sup>16, 20</sup>, Europeo<sup>18, 27</sup> y en estudios realizados en América del Norte<sup>19</sup> y en América del Sur<sup>17</sup>. Alrededor de 2 de cada 3 personas que acuden a Urgencias por cefalea son mujeres.

Esto se ve reflejado también si observamos la distribución por edades. En nuestro estudio el grupo mayoritario es el de edades comprendidas entre los 31 y 45 años, que corresponde al 42% de la muestra. En este grupo hay casi el doble de mujeres que de varones.

En el resto de los grupos sucede de manera similar a excepción del grupo de menores de 30 años donde hay más varones que mujeres. Este dato se puede deber a que la muestra es pequeña (un total de 15 pacientes) y puede no ser representativa de ese grupo determinado de edad.

En nuestro caso la edad media de consulta es de 47,7 años, un dato algo superior a otros estudios donde la edad media oscila entre los 39 y los 44 años<sup>16, 18, 20, 26, 27</sup>. Esto se puede deber a que nuestra muestra no tiene una distribución homogénea y podría ser más útil la mediana (43,5 años) que la media a la hora de interpretar los resultados.

Tanto el predominio femenino como el hecho de que la edad más frecuente de consulta se sitúe entre la cuarta y la quinta década coincide con las características demográficas de las principales cefaleas primarias y sobre todo de la migraña, que a la postre fue el primer motivo de consulta en frecuencia.

## DIAGNÓSTICOS

En Urgencias son más frecuentes las cefaleas primarias que las secundarias; sin embargo, la distribución es heterogénea entre unos estudios y otros. En nuestro análisis se contabilizaron un 67% de cefaleas primarias, resultado algo inferior a otro estudio realizado en nuestro hospital donde el porcentaje de cefaleas primarias ascendía al 87,31%<sup>26</sup>. Aunque el número de pacientes de este estudio no es alto, la ventaja del mismo es que su recogida fue prospectiva y los diagnósticos fueron confirmados por un neurólogo experto en cefaleas. Diferentes estudios a nivel nacional y europeo describen un porcentaje de cefaleas primarias en urgencias que ronda el 75%<sup>18, 20</sup>.

Otros estudios internacionales encuentran un menor número de cefaleas primarias que en nuestro trabajo, pero en estos casos existía un porcentaje nada despreciable de cefaleas sin clasificar<sup>17, 27</sup>.

Trabajos de revisión bibliográfica como el de Filler y su equipo indican que la frecuencia de cefaleas secundarias es de una de cada veinticinco cefaleas que acuden a los servicios de Urgencias<sup>28</sup>, un dato mucho menor al obtenido en nuestro trabajo, donde una de cada tres cefaleas fue diagnosticada finalmente de cefalea secundaria. En todo caso, es cierto que, en nuestro país, y muy especialmente en Cantabria, el acceso a Urgencias es sencillo y gratuito, lo que sin duda explica el elevado porcentaje de cefaleas primarias y de cefaleas secundarias no graves.

En nuestro estudio, al igual que en la literatura, la migraña es la cefalea más frecuente en Urgencias<sup>1, 4</sup>. Nuestra proporción de pacientes con migraña es algo menor que la proporción de pacientes con migraña en otros estudios realizados en Cantabria, tanto en las Urgencias hospitalarias<sup>26</sup> como en el SUAP<sup>4</sup>.

La cefalea tensional, pese a ser más frecuente en la población general es menos frecuente en Urgencias que la migraña, lo que nos indica que ésta última genera mayor incapacidad y requiere, con mayor frecuencia de atención médica en Urgencias.

Esta distribución no se cumple en todos los estudios ya que algunos trabajos recogen una mayor proporción de cefalea tensional en Urgencias que de migraña<sup>16, 18</sup>. Este dato es interesante y sin duda refleja las dificultades que aún existen a la hora de diagnosticar una migraña, no solo en nuestro país, sino a nivel internacional<sup>29, 30</sup>. Muchos médicos piensan aún que, al ser la cefalea tensional más frecuente en la población general deberían ver más cefalea tensional que migrañas y tampoco son conscientes de que los criterios diagnósticos de la migraña son flexibles y que existe la categoría de migraña probable en el ICHD-3<sup>5</sup>. De hecho, el error diagnóstico más frecuente en esta serie fue el diagnosticar a un paciente como cefalea tensional cuando realmente tenía migraña.

El resto de cefaleas primarias son mucho menos frecuentes en Urgencias.

Respecto a las cefaleas secundarias, la distribución por diagnósticos varía bastante de unos estudios a otros. Muchos estudios excluyen las cefaleas relacionadas con traumatismos cráneo-encefálicos que, en nuestro caso, fueron las terceras en incidencia dentro de las cefaleas secundarias, solamente por detrás de las cefaleas relacionadas

con trastornos homeostáticos (en su mayoría asociadas a hipertensión arterial) y las relacionadas con infecciones sistémicas o del sistema nervioso central.

Estos resultados difieren de los obtenidos en el estudio retrospectivo realizado por González-Quintanilla y su equipo, en el que encuentran una incidencia mayor de cefaleas postraumáticas seguidas de cefaleas atribuidas a punción lumbar<sup>26</sup>.

En un estudio realizado por Muñoz-Cerón y su equipo en Colombia, las cefaleas secundarias más frecuentes fueron las debidas a infecciones virales. En este mismo estudio la cefalea tensional apenas tenía representación en Urgencias<sup>17</sup>. Esto puede indicar que la diferencia en la distribución de cefaleas secundarias en distintos estudios depende del tipo de estudio, la demografía y el sistema sanitario del país.

### **ANTECEDENTES PERSONALES DE CEFALEA**

En nuestro estudio un 31% de pacientes tenían antecedentes de cefalea. La incidencia de pacientes atendidos en Urgencias con antecedentes personales de cefalea fue similar a la descrita por otros estudios realizados en España<sup>20</sup>.

De todos ellos, más del doble fueron diagnosticados de cefalea primaria en su visita a Urgencias, un 38,8%, frente a un 15,1% que fueron diagnosticados de cefalea secundaria. Estos datos muestran que tener antecedentes personales de cefalea puede apoyar el diagnóstico de una cefalea primaria pero no descarta la posibilidad de tener una cefalea secundaria.

De la misma manera, el porcentaje de pacientes atendidos en Urgencias que tenían visitas previas al servicio de Urgencias fue también similar, suponiendo un 30% en nuestro estudio frente al 26,7% recogido en el trabajo de Vidal-Castelló<sup>20</sup>.

### **QUIÉN DERIVA AL PACIENTE A URGENCIAS**

En nuestro estudio observamos que la gran mayoría de pacientes que acuden a Urgencias lo hacen por decisión propia y solo una minoría son derivados, bien por su MAP o por el SUAP.

Entre los pacientes derivados a Urgencias por su MAP o por el SUAP fue más frecuente el diagnóstico de cefalea secundaria (21,2%) que de cefalea primaria (14,9%), lo que nos puede hacer pensar que estos pacientes tenían algún dato que alertó al facultativo para derivar al paciente.

El porcentaje de pacientes derivados desde Atención Primaria y el SUAP es similar al porcentaje de pacientes derivados desde Atención Primaria en el estudio de Vidal-Castelló<sup>20</sup>. Además, en este estudio se destaca el alto porcentaje de personas que, pese a sufrir una cefalea de características primarias, acude espontáneamente a Urgencias sin tener criterios de alarma. Sin duda, nuestros resultados ponen de manifiesto el mal uso que hacemos en nuestro país de los servicios de Urgencias y probablemente también que el manejo de los pacientes con cefaleas primarias en los Centros de Salud no siempre es satisfactorio.



## **ESTANCIA MEDIA Y DESTINOS**

Si observamos el destino de los pacientes atendidos en Urgencias, más de la mitad fueron derivados a Atención primaria, mientras que solamente uno de cada cinco fue derivado a la consulta de Neurología, siendo todos ellos diagnosticados de cefalea primaria.

En nuestro estudio, poco más de uno de cada diez pacientes fueron ingresados en el hospital, la mayoría de ellos con diagnóstico de cefalea secundaria (11 de los 12 que ingresaron). Esto refleja que a pesar de que la gran mayoría de cefaleas secundarias son banales, un pequeño porcentaje pueden ser potencialmente serias y, por tanto, necesitan atención especializada e ingreso hospitalario.

Estos datos son heterogéneos en la literatura, de manera que, en estudios previos realizados en España, el porcentaje de pacientes que ingresaban por cefalea era mucho menor y era mayor el porcentaje de pacientes que se derivaban a consulta de Atención primaria y a Urgencias<sup>16</sup>. En estudios previos realizados en nuestro hospital, el porcentaje de pacientes derivados a la consulta de neurología es menor, solamente de un 11,45%<sup>26</sup>.

A pesar de esto, el porcentaje de pacientes atendidos posteriormente en consultas de Neurología sí es muy similar al recogido en otros estudios realizados en España recientemente<sup>20</sup>. Obviamente aquí influye la facilidad de acceso y el interés por esta patología en los diferentes servicios de Neurología de nuestro país.

Respecto a la estancia media en Urgencias, fue de 5 horas y 32 minutos con una desviación de 5 horas y 14 minutos. En el estudio observamos una gran variación entre el paciente que menos y el que más tiempo estuvo en Urgencias. Esto hace que la media no sea el dato más útil para estimar el tiempo promedio que permanecieron los pacientes en Urgencias y sea más útil la mediana que fue de 4 horas y 35 minutos. Esto puede deberse a que nuestra muestra era demasiado pequeña para ser representativa del tiempo promedio que pasa cada paciente en Urgencias.

Este tiempo medio es superior al recogido en estudios similares realizados en España como el realizado por Díaz-Insa y su equipo donde la estancia media fue de 2 horas y 26 minutos<sup>16</sup>.

Dentro de nuestro análisis, observamos que la estancia promedio en Urgencias de los pacientes con migraña es algo superior a la mediana. Muy probablemente esto indique que el paciente con migraña que acude a Urgencias muchas veces lo hace en el seno de una crisis grave y prolongada y que requiere un tiempo significativo para su control.

## **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN URGENCIAS**

A la mayoría de pacientes se les han realizado una o más pruebas complementarias, siendo una minoría los pacientes a los que no se les hizo ninguna prueba complementaria; menos de uno de cada cinco pacientes. Las pruebas más realizadas, tanto en el caso de las cefaleas primarias como de las secundarias fueron las analíticas seguidas del TAC craneal.

No obstante, la realización de TAC craneal es, proporcionalmente, mayor en pacientes con cefalea secundaria que primaria, donde está justificada su realización para descartar patología subyacente.

Además, las pruebas menos frecuentes y más específicas son aquellas realizadas en pacientes que llegaron a ingresar: punción lumbar y resonancia magnética que a su vez son prácticamente exclusivas de las cefaleas secundarias.

Se realizó un TAC por cada tres pacientes. Si comparamos este resultado con los obtenidos en el estudio realizado por Vidal-Castelló y su equipo vemos como la realización de TAC fue superior en nuestro caso (uno por cada tres pacientes frente a algo menos de uno por cada cinco pacientes)<sup>20</sup>. En cualquier caso, nuestras cifras no se nos antojan elevadas para un hospital de tercer nivel (hay que tener en cuenta que no se hicieron estudios de neuroimagen en dos de cada tres pacientes) y llama la atención que en el estudio de Vidal-Castelló a la mitad de los pacientes con síntomas de alarma no se les practicó una TAC de cráneo en Urgencias, por lo que en las tasas de realización de neuroimagen probablemente tiene mucho que ver su facilidad de petición en Urgencias, que en nuestro centro no plantea ningún problema.

## **DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS Y DIAGNÓSTICO FINAL**

Finalmente, en este trabajo se realizó una revisión de los diagnósticos en Urgencias y se le asignó un diagnóstico final a cada paciente. En este caso, la mayoría de los diagnósticos fueron coincidentes. Este resultado es muy similar al obtenido en un estudio previo realizado en nuestro hospital<sup>26</sup>.

Los resultados de nuestro estudio muestran que se hace un buen cribado en Urgencias para distinguir entre cefalea primaria y secundaria pues solo hay un 7% de diagnósticos no coincidentes.

Entre las discrepancias del diagnóstico encontramos por ejemplo casos como el de una paciente inicialmente diagnosticada de cefalea de características migrañosas a la cual finalmente se le asignó el diagnóstico de cefalea atribuida a vasculopatía craneal y/o cervical.

No obstante, hay algunas patologías que por su especificidad no son diagnosticables en Urgencias, donde el objetivo principal es detectar aquellos pacientes con signos de alarma que puedan tener una patología grave.

## **LIMITACIONES Y PUNTOS FUERTES DEL ESTUDIO**

Dentro de las limitaciones del presente trabajo debemos destacar fundamentalmente dos. Por un lado, no se estudiaron la totalidad de las Urgencias neurológicas, sino que nos centramos exclusivamente en las cefaleas como motivo de consulta a Urgencias. Además, el tamaño muestral estudiado es limitado lo que hace que en ocasiones la muestra no sea representativa de la población a estudio.

Dentro de los puntos fuertes del trabajo debemos destacar que el estudio fue prospectivo recogiendo los datos de manera consecutiva a medida que los pacientes llegaban a Urgencias.

Además, todos los casos fueron revisados por un neurólogo experto en cefaleas que asignó el diagnóstico final de cada paciente lo que aumenta la confianza en la validez de los diagnósticos y, por tanto, del estudio.

## **CONCLUSIONES**

La cefalea es un motivo frecuente de consulta en los servicios de Urgencias de nuestro medio.

Entre los pacientes atendidos por cefalea existe un predominio femenino y un pico de incidencia entre la cuarta y la quinta década de la vida. La incidencia es mayor entre las cefaleas primarias y, dentro de ellas, la más consultada es la migraña.

Solamente un pequeño porcentaje de todas las cefaleas que acuden a Urgencias requiere ingreso hospitalario y atención especializada, siendo casi todas ellas cefaleas secundarias.

A la gran mayoría de los pacientes que acuden a Urgencias por cefalea se les realiza alguna prueba complementaria. Sin embargo, las pruebas de neuroimagen no se realizan de rutina y solo están indicadas en pacientes con criterios de alarma en los que interesa descartar patología subyacente.

El uso que se hace de los Servicios de Urgencias en nuestro medio no siempre es el adecuado. Una alta proporción de los pacientes atendidos en Urgencias acuden por decisión propia sin haber pasado por su médico de Atención Primaria ni tener criterios de alarma.

Se realiza un buen cribado en Urgencias para distinguir entre cefalea primaria y secundaria a pesar de que existen algunas patologías que por su complejidad no pueden ser diagnosticadas en Urgencias.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Steiner T, Saylor D. The Global Burden of Headache. *Seminars in Neurology*. 2018;38: 182-190.
2. James S, Abate D, Abate K, Abay S, Abbafati C, Abbasi N et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018;392: 1789-1858.
3. Ezpeleta D, Pozo-Rosich P. Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas 2015. Madrid: Editorial Luzán 5; 2015. ISBN: 978-84-15198-99-4.
4. Ruiz M, León C, Castillo J, Martínez M, Sánchez S, Quintela E. Distribución por diagnósticos de las cefaleas que acuden a los servicios de urgencias de atención primaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2010;36: 10-15.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018; 38: 1-211.
6. Pérez Pereda S, Toriello Suárez M, González Quintanilla V, Pascual Gómez J, Oterino Durán A. Necesidad real y consumo de recursos en las unidades de cefalea: estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte en Cantabria. *Revista de Neurología*. 2019;68: 510-516.
7. Steiner T, Stovner L, Vos T. GBD 2015: migraine is the third cause of disability in under 50s. *The Journal of Headache and Pain*. 2016;17.
8. Stovner L, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *The Journal of Headache and Pain*. 2010;11: 289-299.
9. Pascual J. Cefalea y migraña. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2019;12: 4145-4153.
10. Jensen R. Tension-Type Headache - The Normal and Most Prevalent Headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2017;58: 339-345.
11. Burch R. Migraine and Tension-Type Headache. *Medical Clinics of North America*. 2019;103: 215-233.
12. Friedman B, Grosberg B. Diagnosis and Management of the Primary Headache Disorders in the Emergency Department Setting. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2009;27: 71-87.
13. McGeeney B. Cluster Headache and Other Trigeminal Autonomic Cephalalgias. *Seminars in Neurology*. 2018;38: 603-607.

14. Gago-Veiga A, García-Azorín D, Mas-Sala N, Ordás C, Ruiz-Piñero M, Torres-Ferrús M et al. Cómo y cuándo derivar un paciente con cefalea primaria y neuralgia craneofacial desde Urgencias y Atención Primaria: recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología. *Neurología*. 2017.
15. Casado V. Atención al paciente neurológico en los Servicios de Urgencias. Revisión de la situación actual en España. *Neurología*. 2011;26: 233-238.
16. Díaz Insa S, Romero E ¿Qué pacientes acuden al servicio de Urgencias por cefalea? *Kranion* 2005;05: 041-048.
17. Munoz-Ceron J, Marin-Careaga V, Peña L, Mutis J, Ortiz G. Headache at the emergency room: Etiologies, diagnostic usefulness of the ICHD 3 criteria, red and green flags. *PLOS ONE*. 2019;14: e0208728.
18. Dermitzakis E, Georgiadis G, Rudolf J, Nikiforidou D, Kyriakidis P, Gravas I et al. Headache patients in the emergency department of a Greek tertiary care hospital. *The Journal of Headache and Pain*. 2009;11: 123-128.
19. Goldstein J, Camargo C, Pelletier A, Edlow J. Headache in United States Emergency Departments. *Cephalalgia*. 2006;26: 684-690.
20. Vidal Castelló M, Olivart Parejo M, Abadías Medrano M, Purroy García F. Incidencia de criterios de alarma y actitud frente a los pacientes con cefalea atendidos en urgencias. *Revista de Neurología*. 2019;68: 453.
21. Friedman B, Hochberg M, Esses D, Grosberg B, Corbo J, Toosi B et al. Applying the International Classification of Headache Disorders to the Emergency Department: An Assessment of Reproducibility and the Frequency With Which a Unique Diagnosis Can Be Assigned to Every Acute Headache Presentation. *Annals of Emergency Medicine*. 2007;49: 409-419.
22. Davenport R. Acute headache in the emergency Department. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;72: ii33-ii37.
23. Figuerola Roig A, Vivancos Mora J, Monforte Dupret C, Segura Martín T, León Colombo T, Ramos L et al. Registro de urgencias neurológicas en un hospital de tercer nivel. *Revista de Neurología*. 1998;27: 750-754.
24. Mateos V. Actuación ante una cefalea aguda en urgencias. *Neurol Supl*. 2006;2: 11-17.
25. Tabatabai R, Swadron S. Headache in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2016;34: 695-716.
26. González Quintanilla V, Pérez Pereda S, Gutiérrez González S, Toriello Suárez M, Oterino Duran A. Evaluación de la atención al paciente con cefalea en un Servicio de Urgencias. *Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de*

Valdecilla. Poster presentado en LXXI Reunión Anual de la SEN. 2019 Nov 19-23; Sevilla, España.

27. Doretti A, Shestaritc I, Ungaro D, Lee J, Lympelopoulos L, Kokoti L et al. Headaches in the emergency department –a survey of patients’ characteristics, facts and needs. *The Journal of Headache and Pain*. 2019;20.
28. Filler L, Nimlos P, Akhter M. Evaluation and Management of the Emergency Department Headache. *Seminars in Neurology*. 2019;39: 020-026.
29. Pascual J, Sánchez-Escudero A, Castillo J. Necesidades de formación del médico de atención primaria en cefaleas. *Neurología* 2010; 25: 104-107.
30. Tepper SJ, Dahlof CG, Dowson A, Newman L, Mansbach H, Jones M, et al. Prevalence and diagnosis of migraine in patients consulting their physicians with a complaint of headache: data from the Landmark Study. *Headache* 2004; 44: 856-864.

## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo nunca podría haberse realizado sin la ayuda de algunas personas a las que me gustaría hacer un reconocimiento especial:

En primer lugar, a mi tutor, el doctor Julio Pascual Gómez. Gracias por orientarme en el desarrollo del trabajo. Por ayudarme en todas y cada una de las dudas que he tenido, por animarme siempre a pensar por mí misma y por ayudarme a crecer; como profesional y como persona.

Gracias por la ayuda prestada al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y, en especial, a mi cotutor, el doctor Gonzalo Pérez Rojí. Gracias por la predisposición a ayudar, el interés puesto en la recogida y las facilidades para acceder a todos los datos que necesité.